***zał. nr 1 do zaproszenia do***

***składania ofert***

# OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

**Defibrylator – 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis** | **Parametry oferowane**(podać) |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa-model/typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Rok produkcji 2017 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych** **podać/ opisać** |
| 1. | Dwa tryby pracy: ręczny i półautomatyczny AED | TAK |  |
| 2. | Min. 20 poziomów energii wyładowania w zakresie od 1 do 200J, ograniczenie energii wyładowania do 50 J przy defibrylacji wewnętrznej | TAK |  |
| 3. | Czas ładowania do maksymalnej energii (200 J) poniżej 6 sekund | TAK |  |
| 4. | Dwufazowy kształt fali wyładowania – zapewniający wysoką skuteczność defibrylacji przy obniżonej (oszczędzającej pacjenta) energii wyładowania; | TAK |  |
| 5. | Kardiowersja synchroniczna R (synchronizacja sygnałem EKG z elektrod defibrylujących, elektrod EKG i oferowanego kardiomonitora); | TAK |  |
| 6. | Elektrody zewnętrzne dla dorosłych ze wskaźnikiem jakości kontaktu z pacjentem. | TAK |  |
| 7. | Defibrylacja przy użyciu odpowiednich elektrod samoprzylepnych  | TAK |  |
| 8. | Ustawianie poziomów energii przy pomocy pokrętła na płycie czołowej defibrylatora | TAK |  |
| 9. | Przycisk ładowania impulsu defibracyjnego na płycie czołowej oraz łyżkach zewnętrznych | TAK |  |
| 10. | Przyciska wyładowania impulsu defibracyjnego na płycie czołowej oraz łyżkach zewnętrznych | TAK |  |
| 11. | System dopasowania impulsu defibrylacji w zależności od impedancji ciała pacjenta | TAK |  |
| 12. | Defibrylacja synchroniczna: maksymalny czas od chwili wykrycia fali R do chwili wyładowania impulsu defibrylacyjnego do 25 ms | TAK |  |
| 13. | Przycisk do przełączania z trybu dla dorosłych na tryb dziecięcy z automatyczną zmianą limitów granic alarmowych we wszystkich trybach oraz zmianą poziomu energii wyładowania w trybie AED | TAK |  |
|  14.   | Tryb AED | TAK |  |
| 15. | Energia wyładowania 150J dla dorosłych oraz 50 J dla dzieci i niemowląt | TAK |  |
| 16. | Komendy głosowe oraz komunikaty na ekranie prowadzące proces reanimacji w trybie AED - w polskiej wersji językowej, zgodne z aktualnymi wytycznymi ERC/PRC | TAK |  |
| 17.  | Monitorowanie EKG | TAK |  |
| 18.  | Sygnał EKG z elektrod defibrylacyjnych i z elektrod EKG – z czytelną sygnalizacją braku kontaktu;Pomiar częstości akcji serca w zakresie minimum 16 – 300 uderzeń na minutę | TAK |  |
| 19.  | Wzmocnienie sygnału EKG. Regulacja ręczna: 1/4x, 1/2x, 1x, 2x, 4x i automatyczna | TAK |  |
| 20. | Regulowane alarmy górnej i dolnej granicy częstości akcji serca | TAK |  |
| 21. | Jednoczesna prezentacja 3 krzywych EKG na ekranie | TAK |  |
| 22. | Wyposażenie każdego defibrylatora: przewód EKG 3 odprowadzeniowy x 1 szt.  | TAK |  |
| 23. | Funkcja stymulacji przezskórnej. Tryby pracy: „Rytm Sztywny" i „Na Żądanie". Częstość impulsów stymulatora regulowana w zakresie min. 30 -180 imp/min. Prąd stymulacji regulowany w zakresie min. 10 -200mA | TAK |  |
| 24. | Możliwość rozbudowy o monitorowanie następujących parametrów:- pulsoksymetria SpO2- nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi NIBP - pomiar kapnografii CO2 | TAK |  |
| 25. | Monitor | TAK |  |
| 26. | Ekran kolorowy o przekątnej min. 6,5 cala | TAK |  |
| 27. | Rejestrator termiczny – szerokość zapisu 50 mm; | TAK |  |
| 28. | Rejestrowane dane: data, czas, parametry zapisywanego sygnału EKG, parametry defibrylacji. (energia rzeczywista wyładowania – dostarczona pacjentowi). | TAK |  |
| 30. | Zintegrowane zasilanie sieciowo-akumulatorowe  | TAK |  |
| 31. | Ładowanie akumulatorów z sieci 230 V AC / 50 Hz – zasilacz zintegrowany w urządzeniu.Akumulatory bez efektu pamięci. Wskaźnik stanu akumulatorów na ekranie. Sygnał alarmowy (wizualny i dźwiękowy) niskiego stanu naładowania.  | TAK |  |
| 32. | Czas pracy na akumulatorze: w przypadku monitorowania min. 2,5 godz., a w przypadku defibrylacji min. 100 wyładowań z energią 200J | TAK |  |
| 33. | Ciężar urządzenia< 8 kg z elektrodami zewnętrznymi i akumulatorem. | TAK |  |
| 34. | Automatyczny test sprawności defibrylatora z sygnalizacją dźwiękową i wizualną ewentualnego błędu. Wskaźnik gotowości do pracy, bez konieczności włączania urządzenia | TAK |  |
|  |  |  |  |
|  | **INNE** |  |  |
|  | Gwarancja **min. 24 miesiące** obejmująca bezpłatne przeglądy wraz z bezpłatnym dojazdem autoryzowanego pracownika serwisu.**Podać ilość** wymaganych przeglądów i odstępy czasowe między przeglądami w okresie gwarancji i w okresie pogwarancyjnym. | TAK |  |
|  | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji | Podać (max. 24 godziny) |  |
|  | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji  | Podać (max 10 dni) |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |

 **……………………………………..**

 **(podpis Wykonawcy)**

***zał. nr 2 do zaproszenia do***

***składania ofert***

....................................................

/nazwa lub imię i nazwisko wykonawcy,

Adres, NIP, REGON/

**FORMULARZ OFERTY**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na ***dostawę* defibrylatora – 1 szt.***, znak postępowania: A.ZP-24-21/17,*  składam(y) poniższą ofertę:

**Cena netto za całość dostawy: ……………………………………….………zł *(zgodnie z pkt. 5 zaproszenia*** *czyli cena całego zamówienia tj. cena nabycia urządzenia, koszty dostawy, instalacji, uruchomienia, przeszkolenia personelu itp.****)***

**podatek VAT …..% ………………….zł**

**Cena brutto za całość dostawy: ……………………………..……………….zł *(zgodnie z pkt. 5 zaproszenia)***

( słownie:...................................................................................................... zł)

**W tym cena za defibrylator – 1 szt.*:***

**netto: …………………………. zł**

**brutto: ………………………….. zł**

Na oferowany przedmiot zamówienia udzielam(y) następującej gwarancji: ………………….. miesięcy *(minimalnie 24 miesiące)* od daty zakupu (data protokołu zdawczo – odbiorczego).

Oświadczam(y), że oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania zamawiającego zgodnie z załączoną do oferty specyfikacją techniczną urządzenia.

Oferowany sprzęt dostarczę(my) w terminie **do 30 października 2017r**. od podpisania umowy.

**Informacja dotycząca warunków serwisowania sprzętu w okresie gwarancji jak i w okresie pogwarancyjnym (w tym wykaz podmiotów wykonujących czynności serwisowe) :**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………..…………….**

**…………………………………………………………………………………..…………………………….**

Oświadczam(y), iż zapoznałem(liśmy) się z opisem przedmiotu zamówienia i wymogami Zamawiającego i nie wnoszę(simy) do nich żadnych zastrzeżeń.

Oświadczam(y), że posiadam(y) niezbędne uprawnienia, kwalifikacje, wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu zamówienia.

Oświadczam(y), że akceptuję(my) 21-o dniowy termin płatności faktury zatwierdzonej przez Zamawiającego.

Oświadczam(y), że będę(my)/nie będę(my)\* korzystać z podwykonawców.

Oświadczam(y), iż powierzam(y) podwykonawcy(om): .......................................................................................................................

.......................................................................................................................

*(nazwa/firma podwykonawcy/ów)*

 następujący zakres rzeczowy\*:

…………………………………………….……………….………………………………………………….

………………………………………………………………..……………………………………………….

………………………………………………………..……………………………………………………….

Oświadczam(y), że akceptuję(my) wzór umowy, stanowiący załącznik nr 3 do zaproszenia.

**OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Ades: |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

*........................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

*Miejscowość ............................, dnia .................................... r.*

***\**** *niepotrzebne skreślić*